

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(artt 46 e 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONELLA DI LEO

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

▪ di essere nato/a il \_\_\_ a \_\_\_;

▪ di essere in possesso del seguente codice fiscale \_\_\_\_\_;

▪ di essere residente a \_\_\_\_\_ Via LE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

▪ di essere domiciliato \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;

▪ di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;

▪ di godere dei diritti civili e politici;

▪ di essere (indicare se celibe – nubile - coniugato/a - vedovo/a o di stato libero) \_\_\_\_\_;

▪ di essere in possesso del diploma di Laurea in <sup>PSICOLOGIA</sup> ~~Medicina e Chirurgia~~ rilasciato in data 08/07/2008  
\_\_\_\_\_ dall'Università "LA SAPIENZA"  
sita in ROMA Via DEL MARSI N. 78 \_\_\_\_\_;

▪ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in PSICOTERAPIA  
ANALITICA  
rilasciato in data 26/11/2016 dall'Università ~~LA~~ A. I. P. A  
sita in ROMA Via ANTONIO MUSA N. 15 \_\_\_\_\_;

**OPPURE**

▪ di essere iscritto al \_\_\_\_\_° anno del corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_

(durata corso \_\_\_\_\_ anni) presso l'Università \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_:

▪ di essere iscritto/a all'Ordine dei <sup>DEGLI PSICOLOGI</sup> ~~Medici Chirurghi e Odontoiatri~~ della Provincia di ROMA  
al n. 17833 ;

▪ di essere, agli effetti militari, nella posizione di \_\_\_\_\_;

▪ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

▪ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

▪ di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato oltre quello che andrà a costituire con l'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata;

▪ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art.53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165 e s.m.i.

Roma, 20/01/2022

Firma del dichiarante\_

TELEFONO \_ \_\_\_\_\_

PEC \_ \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

## Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679

L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam n.9, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali che La riguardano saranno trattati in osservanza del Regolamento UE 2016/679. Il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità inerenti la gestione del rapporto di lavoro.

Il trattamento dei dati avverrà anche con l'utilizzo di strumenti elettronici e potrebbero essere trasmessi ad altri soggetti pubblici o privati. Il dichiarante può esercitare il diritto di accesso previsto dal citato Regolamento.

Il sottoscritto/a con la firma apposta in calce alla presente, attesta il proprio libero consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

Roma, 20/01/2022

dichiarante \_\_\_\_\_ Firma del \_\_\_\_\_

---

**Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla U.o.c. Politiche del Personale e Gestione Risorse Umane qualsiasi variazione di residenza e/o domicilio.**

Roma, 20/01/2022

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_